

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
 Administración de Cuidado para Niños

SOLICITUD DE CERTIFICACION COMO PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS EN EL

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>(Apellido, nombre de pila, inicial)</i>	FECHA DE RECIBO EN EL DEPARTAMENTO
--	------------------------------------

CODIGO DE AREA Y TELEFONO ()	NUM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE
----------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

DIRECCION RESIDENCIAL DEL SOLICITANTE *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*

DIRECCION POSTAL DEL SOLICITANTE *(Si es diferente al residencial)*

DIRECCIONES A LA CASA

TRASFONDO ETNICO DEL SOLICITANTE <i>(Opcional)</i>	TRASFONDO ETNICO DEL CONYUGE <i>(Opcional)</i>
--	--

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Caucásico | 4. <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano | 1. <input type="checkbox"/> Caucásico | 4. <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano |
| 2. <input type="checkbox"/> Hispánico | 5. <input type="checkbox"/> Asiático | 2. <input type="checkbox"/> Hispánico | 5. <input type="checkbox"/> Asiático |
| 3. <input type="checkbox"/> Afroamericano | 6. <input type="checkbox"/> Otro no caucásico | 3. <input type="checkbox"/> Afroamericano | 6. <input type="checkbox"/> Otro no caucásico |

OTROS NOMBRES USADOS <i>(nombres completos, apodos, seudónimos, deletreo diferente, otros nombres de casada)</i> SOLICITANTE	OTROS NOMBRES USADOS <i>(nombres completos, apodos, seudónimos, deletreo diferente, otros nombres de casada)</i> CONYUGE
---	---

MATRIMONIOS ANTERIORES <input type="checkbox"/> N/A	MATRIMONIOS ANTERIORES <input type="checkbox"/> N/A
---	---

MIEMBROS DEL HOGAR

(Incluya a su cónyuge. Use nombres completos, de soltera, apodos, otros nombres de casada, etc.)

Nombre <i>(Apellido, nombre de pila, inicial)</i>	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social	Relación con solicitante
			CONYUGE

Utilice una hoja adicional para listar más miembros del hogar.

Entiendo que cualquier persona quien pase más de 21días en mi casa será considerada como miembro del hogar. También entiendo que lo anterior no será la única consideración para determinar quién es miembro del hogar.

NIÑOS QUE NO VIVEN EN LA CASA

(Incluya cónyuges. Use nombres completos, de soltera, apodos, otro nombres de casada, etc.)

Nombre <i>(Apellido, nombre de pila, inicial)</i>	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social	Relación con solicitante

ARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
Administración de Cuidado para Niños

SOLICITUD DE CERTIFICACION COMO PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS EN EL

NOMBRE DEL SOLICITANTE (*Apellido, nombre de pila, segundo nombre*)

REFERENCIAS

Favor de proporcionar los nombres de por lo menos tres personas adultas que **no sean familia de usted**, quienes le hayan conocido durante por lo menos un año y puedan ofrecer información acerca de la capacidad de usted para **cuidar y atender a niños**.

1. NOMBRE (<i>Apellido, nombre de pila, inicial</i>)	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ()
--	--

DIRECCION COMPLETA (*Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP*)

2. NOMBRE (<i>Apellido, nombre de pila, inicial</i>)	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ()
--	--

DIRECCION COMPLETA (*Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP*)

3. NOMBRE (<i>Apellido, nombre de pila, inicial</i>)	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ()
--	--

DIRECCION COMPLETA (*Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP*)

4. NOMBRE (<i>Apellido, nombre de pila, inicial</i>)	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ()
--	--

DIRECCION COMPLETA (*Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP*)

5. NOMBRE (<i>Apellido, nombre de pila, inicial</i>)	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ()
--	--

DIRECCION COMPLETA (*Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP*)

VIVIENDA

Propia Alquilada Casa Apartamento Casa remolque Otra (*especifique*)

Por razones de responsabilidad, el proveedor debe avisarle al arrendador (*si es aplicable*) acerca de su plan de tener un negocio de cuidar niños en la localidad.

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS SUBSTITUTO

El proveedor sustituto debe tener por lo menos 18 años y poder ir a su hogar para cuidar de los niños cuando usted tenga que ausentarse de la casa para citas médicas, entrenamiento, urgencias, etc. Si el proveedor sustituto es un centro para cuidado de niños, un hogar para grupos de DHS o un hogar de un Proveedor de Cuidado de Niños certificado por el DES, los servicios se proporcionarán en el local de cuidado.

NOMBRE DEL PROVEEDOR SUBSTITUTO (<i>Apellido, nombre de pila, segundo nombre</i>)	NOMBRE DE SOLTERA, OTROS NOMBRES DE CASADA, APODOS, ETC.	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ()
---	--	--

DOMICILIO (<i>Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP</i>)	FECHA DE NACIMIENTO	NUM. DE SEGURO SOCIAL
--	---------------------	-----------------------

REQUISITOS PARA LOS PROVEEDORES

Los proveedores, los miembros de sus hogares y los proveedores sustitutos necesitan ser aprobados por el Registro Central de Servicios Protectores para Niños (CPSCR). El proveedor, los hijos menores de 14 años del proveedor y el proveedor sustituto tienen que presentar prueba de inmunidad contra enfermedades trnsmisibles contra las cuales existen vacunas obtenibles de forma fácil y segura. El proveedor, el proveedor sustituto y todos los miembros del hogar del proveedor deben presentar resultados negativos de una prueba de TB anualmente. Se entrevistará al proveedor y se tomará las huellas dactilares de todos los adultos del hogar. El proveedor y el proveedor sustituto tienen que estar entrenados en CPR para infantes/niños y en medidas de primeros auxilios dentro de 60 días de obtener certificación.

Los proveedores tienen la responsabilidad de mantener seguros adecuados para cuidado de niños. Además, si el proveedor piensa transportar a los niños bajo su cuidado, tiene la responsabilidad de obtener por lo menos el seguro mínimo para el vehículo(s) usado para transportarlos y tener cinturones de seguridad y sillas para niños conforme con la ley.

CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES CONTRA DISCRIMINACION

Las leyes y los reglamentos federales prohíben discriminar o negar beneficios o participación en servicios contratados por razones de raza, color, origen nacional, religión, sexo, edad, incapacidad o creencias políticas en programas que reciben asistencia financiera federal. Este departamento ha establecido un procedimiento para quejas. Si usted siente que se ha discriminado en contra suya por su raza, color, origen nacional, religión, sexo, edad, incapacidad o creencias políticas, pida un formulario de Solicitud de Audiencia (FA-503). Su trabajador(a) le ayudará a llenar el formulario. Cualquier representación falsa intencional de los hechos en esta solicitud resultará en la negación de la solicitud o la revocación del certificado o la licencia.

FIRMA

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------